

RESPONSABILITA' CONDIVISE E PROFESSIONI SANITARIE
Thiene 24 Febbraio 2006

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Il punto di vista infermieristico

Marcante Sonia

Tra gli obiettivi della nostra azienda per l'anno in corso, c'è la realizzazione di una cartella clinica integrata da realizzare in collaborazione tra diverse professionalità. In un primo momento, pensare ad una cartella cartacea mi è sembrato in contraddizione con un altro obiettivo aziendale, quello dell'informatizzazione e dell'"ospedale senza carta", alla cui realizzazione molti di noi sono già attivamente impegnati. Questo pensiero è stato ulteriormente rafforzato dalla constatazione che, andando a ricercare in letteratura una definizione di cartella clinica integrata, spesso ho trovato l'aggettivo "integrata" associato a "informatizzata". Perché allora fare un percorso di questo tipo? Ad un'analisi più approfondita, questo passaggio risulta tuttavia fondamentale: se vogliamo cooperare attivamente con la programmazione di cartelle informatizzate che rispondano realmente alle nostre esigenze operative ed evitare di essere noi al servizio del sistema informatico invece che lui a nostra disposizione, dobbiamo sapere esattamente quali informazioni vogliamo registrare e perché. Realizzare e utilizzare una cartella integrata non è solo propedeutico alla realizzazione di una cartella informatizzata, ma ci permette di lavorare secondo le Evidenze scientifiche, di scegliere e registrare gli interventi più idonei, di ridurre le incertezze e, in definitiva, ci tutela da rischi anche legali.

Ma andiamo a vedere che cosa s'intende per cartella clinica:

la cartella clinica è il fascicolo nel quale si raccolgono:

- i dati anamnestici e obiettivi riguardanti il paziente ricoverato
- i dati giornalieri sul decorso della malattia (diario clinico ed infermieristico)
- i risultati delle ricerche e delle analisi effettuate
- le terapie praticate
- la diagnosi della malattia che ha condotto il paziente in ospedale.

Sfogliando il vocabolario della lingua italiana troviamo che "Integrare" significa rendere più completo, più valido, più efficace; aggiungere elementi e fonderli per farli diventare un tutto compiuto. Quale definizione migliore per indicare l'apporto fondamentale di tutte le diverse professionalità che utilizzando uno strumento unico documentano le loro attività allo scopo di dare continuità e coerenza al processo terapeutico e assistenziale.

Le informazioni rappresentano un patrimonio comune essenziale per l'organizzazione e la gestione della struttura sanitaria e del paziente in particolare. E' quindi vitale che i dati comuni non siano sotto il controllo monopolistico dei singoli ma che tutte le figure professionali siano coinvolte nel flusso informativo evitando la perdita di dati soggettivi ed oggettivi e la trasmissione di informazioni erranee.

L'assetto dell'assistenza sanitaria è sempre più multidimensionale, sempre più professionalità intervengono, perciò c'è sempre più necessità di comunicare. Aumenta la complessità dell'assistenza intesa non solo come dipendenza assistenziale del malato ma soprattutto come elevata instabilità clinica vitale e relazione terapeutica complessa (supporto emotivo, informazioni, counseling) che richiede prestazioni infermieristiche non delegabili. (*Modello di analisi della complessità; Federazione IPASVI 2002*) Da tutto ciò deriva che la registrazione degli interventi è sempre più complessa e quindi necessita di un adeguato sistema informativo. Tutto è legato al paziente. Un paziente ha con la struttura diversi contatti: ricoveri, DH, ambulatori. Durante ogni contatto il paziente riceve prestazioni (esami, terapie, interventi, ecc.) per ognuna delle quali sono necessarie delle risorse (materiali, farmaci, personale ...) e sono prodotti dei risultati clinici (referti, prescrizioni ...).

Con la cartella infermieristica, parte integrante della cartella clinica, vogliamo documentare quali sono i problemi della persona, quali sono gli interventi che abbiamo deciso di attuare, quali e quanti ne abbiamo realizzati e che risultati abbiamo conseguito. Questo ci permette inoltre di dimostrare quali sono i livelli di bisogno dei malati (domanda di assistenza) e quali i livelli di intervento necessari (risposta assistenziale), ai fini anche della determinazione della dotazione di personale infermieristico. (*Linee guida sulla documentazione infermieristica; P. Chiari 1999*)

Possiamo distinguere due grandi categorie di informazioni raccolte normalmente dagli infermieri:

1. La **documentazione della presa in carico** della persona, con la registrazione del processo o progetto assistenziale relativo al paziente e al soddisfacimento dei suoi bisogni, sia essa personalizzata che standardizzata (attraverso piani di standard assistenza e protocolli assistenziali).
2. La registrazione delle **prestazioni di natura diagnostica e terapeutica** eseguite su prescrizione medica (somministrazione di terapie, esecuzione di medicazioni e di esami diagnostici che possono essere a loro volta oggetto di protocolli multidisciplinari...) e degli interventi coordinati con altre figure sanitarie (tecniche o della riabilitazione) o sociali (assistente sociale, psicologo, educatore professionale...)

La registrazione delle attività assistenziali prevede due tipi di strumenti:

1. Strumenti di registrazione delle caratteristiche della persona assistita e dell'assistenza erogata: strumenti per lo scambio delle consegne, schede di rilevazione dei bisogni, schede per la registrazione degli interventi assistenziali, schede per la pianificazione dell'assistenza.
2. Strumenti che raccolgono le attività eseguite: prelievi, medicazioni, esami diagnostici. (*La documentazione infermieristica; M. Casati; 1999*)

Tutta la documentazione infermieristica è parte integrante della cartella clinica ed è, dal punto di vista legislativo, un atto pubblico in senso lato (*DPR 384/1999*) perché redatta da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni e "serve a documentare fatti inerenti l'attività da lui svolta ed alla regolarità delle operazioni amministrative a cui è addetto". Che cosa intendiamo per "rischio legale"? È il grado di probabile protezione dell'infermiere in caso di conseguenze legali. Il fatto che il rischio sia alto o basso è determinato dal contenuto, dagli strumenti, e dalle tecniche di registrazione.

I contenuti che aumentano i rischi legali sono quelli che:

1. sono in disaccordo con gli standard professionali
2. non rispecchiano i bisogni del paziente
3. non descrivono le situazioni che sono fuori dall'ordinario
4. trattano in modo generico la valutazione del paziente e i trattamenti effettuati
5. sono registrati in modo non tempestivo, incompleto e disorganizzato
6. non registrano le prescrizioni mediche

Gli strumenti e le tecniche che aumentano i rischi legali sono:

1. Spazi vuoti nella registrazione
2. Documentazione manomessa
3. Cancellature
4. Scrittura illeggibile
5. Omissione di data e ora
6. Firma illeggibile

Particolare rilevanza legale assume la documentazione di alcune situazioni assistenziali:

1. Prescrizione verbale
2. Ordine di non rianimazione
3. Dichiarazione di morte
4. Cadute e contenzione fisica e farmacologica
5. Rapporti sugli incidenti (documentazione di ogni evento inusuale nella regolare assistenza al paziente).

La frequenza delle registrazioni dipende:

1. dalle linee guida e dai protocolli multidisciplinari di riferimento
2. dalla gravità e complessità assistenziale del malato
3. dalla frequenza degli interventi infermieristici
4. dal tempo indicato negli obiettivi assistenziali.

Punti rilevanti

1. Regolare registrazione dei dati
2. Segreto professionale (Cod. Pen. art. 622)
3. Privacy (DPR 675/1996)
4. Conservazione della documentazione

L'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma, fanno sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta a identificare i problemi e alla presa di decisioni autonome finalizzate a pianificare, attuare e valutare l'intervento assistenziale. Tali decisioni devono essere il risultato dell'integrazione tra:

1. le migliori evidenze prodotte dalla ricerca
2. la competenza ed esperienza clinica utilizzate per identificare lo stato di salute del paziente, i suoi valori e le sue preferenze
3. i valori e le preferenze del paziente
4. le risorse disponibili (materiali, presidi, personale e tempo).

Nel mettere in pratica il nursing basato su prove, un infermiere deve decidere se la prova è rilevante per quel singolo paziente, deve bilanciare rischi e benefici di cure alternative per quel paziente e considerare le condizioni cliniche e le preferenze dello stesso.

Gli strumenti per una pratica basata sull'EBN sono:

1. Le **revisioni sistemiche** che sono un rigoroso riassunto di evidenze provenienti da studi primari di cui sintetizzano e valutano i dati per offrire risposte esaurienti a quesiti della ricerca
2. Le **metanalisi** che combinano i dati di vari studi di ricerca utilizzando tecniche statistiche
3. Le **linee guida** che sono raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere i clinici e i pazienti nel decidere quali siano le modalità più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

Strumenti di integrazione procedurale sono:

1. Il **protocollo assistenziale**: uno schema di comportamento predefinito e ottimale che descrive una successione di azioni motivate orientate al raggiungimento di un determinato obiettivo.
2. Le **procedure assistenziali**: sequenza descrittiva di azioni per diminuire la discrezionalità e la variabilità improprie.
3. **Standard**: valori soglia (massimi o minimi) di un determinato indicatore o evento.

L'utilizzo di questi strumenti permette all'infermiere di prendere delle decisioni cliniche consapevoli, supportate da valenze scientifiche e di superare un tipo di assistenza per compiti, basata sulla routine, che spesso determina spreco di risorse e bassa efficacia assistenziale.

Nella nostra realtà alcuni tentativi di superare questo tipo di organizzazione si stanno facendo:

1. L'adozione in più U.O. di una grafica integrata in cui il medico prescrive e l'infermiere somministra senza trascrizioni intermedie, con riduzione del rischio di errori di terapia, possibilità di sapere chi ha prescritto e chi ha somministrato grazie alla firma messa in calce alla grafica stessa, risparmio di tempo infermieristico legato alle trascrizioni di prescrizioni
2. L'implementazione di protocolli aziendali costruiti dai nostri infermieri per noi infermieri che lavoriamo in questo contesto.
3. L'adozione strumenti integrati quali una sorta di chek list in cui il medico prevede a monte il percorso diagnostico a cui sottoporre il paziente e l'infermiere gestisce il percorso stesso senza dover ricorrere al medico per la sottoscrizione della singola prestazione già prevista. Ciò riduce la burocrazia e rende più fluido il percorso ridefinendo "chi fa che cosa".

4. L'avvio di sistemi di cartelle informatizzate che richiedono una forte integrazione delle informazioni dei vari professionisti.
5. L'adozione di percorsi assistenziali critici che:
 - a) prevedono un percorso standard per una tipologia media di paziente
 - b) mettono insieme gli interventi di tutte le professionalità
 - c) focalizzano il tempo e le problematiche organizzative di tutti i servizi interessati. Questo tipo di percorso richiede grande professionalità all'infermiere che deve monitorare il paziente per capire subito quando subentrano delle variazioni tali da richiedere la revisione del percorso standard per un adeguamento personalizzato.

La stessa formazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare impegnato nella realizzazione di una tipologia di cartella clinica integrata rappresenta una sfida che la professione infermieristica non deve esitare a cogliere.